UNIVERSITATEA DIN BUCUREŞTI

FACULTATEA DE MEDICINĂ

No. 1970

CONSIDERAŢIUNI

ASUPRA

MANIFESTĂRILOR OCULARE

LA

HEREDO-SIFILITICI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ ÎN LUNA

26 IUNIE ANUL 1923

DE

STERNBERG IACOB

BUCUREŞTI

1923

UNIVERSITATEA DIN BUCUREŞTI

FACULTATEA DE MEDICINĂ

No. 1970

CONSIDERAŢIUNI

ASUPRA

MANIFESTĂRILOR OCULARE

LA

HEREDO-SIFILITICI

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ ÎN LUNA

26 IUNIE ANUL 1923

DE

STERNBERG IACOB

BUCUREŞTI

1923

BIBLIOTECA CENTRALĂ BUCUREŞTI Invent. Nr. 472.046

Decan: **D-l Prof. Dr. MINOVICI MINA**

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	ANGELESCU C.
Chimia medicală	„ „	ATHANASESCU N.
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	BĂLĂCESCU I.
Anatomia patologică Bacteriologia şi patologia experimentală	„ „	BABEŞ V.
Istologia normală şi Istogeneza	„ „	BESNEA ST.
Medicina experimentală	„ „	CANTACUZINO I.
Clinica ginecologică	„ „	DANIEL C.
Clinica a II-a medicală	„ „	DANIELOPOL D.
Anatomia topografică II	„ „	GEROTA D.
Farmacia chimică şi galenică	„ „	GEORGESCU M.
Clinica şi teoria obstreticală	„ „	GHEORGHIU N.
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	„ „	IONESCU TH.
Clinica III medicală	„ „	IONESCU D.
Clinica III chirurgicală	„ „	JUVARA E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	JIANU A.
Farmacologia şi materia medicală	„ „	LALU S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	MEŢIANU N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	MARINESCU GH.
Chimia analitică	„ „	MINOVICI ŞT.
Clinica infantilă	„ „	MANICATIDE M.
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	MEZINCESCU D.
Medicina legală	„ „	MINOVICI M.
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	MANOLESCU D.
Clinica I medicală	„ „	NANU-MUSCEL I.
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	NICOLAU ST.
Clinica mentală	„ „	OBREGIA AL.
Fiziologia umană	„ „	PAULESCU N.
Patologia generală	„ „	PROCA GH.
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	RAINER FR.
Zoologia medicală	„ „	SIHLEANU ST.
Botanica medicală	„ „	SOLACOLU T.
Patologia medicală	„ „	THOMESCU I. TH.
Terapeutica experimentală	„ „	THEOHARI A.
Analiza alimentelor şi băuturilor	„ „	VINTILESCU I.

Profesori agregaţi:

Medicină operatoare . . . . . D-l Dr. CONSTANTINESCU C.

JURIUL DE PROMOŢIUNE

Preşedinte: D-l Prof. Dr. MANOLESCU D.

Membrii:
- „ „ „ IONESCU D.
- „ Conf. „ RĂZVAN N.
- „ Doc. „ DUMITRESCU MANTE.
- „ „ „ MARINESCU GH.

PREFAȚA

Domnului Profesor Manolescu, *profundă recunoștință și mulțumiri pentru bunăvoința ce o are de a prezida teza mea.*

Doamnei Profesor Dr. Elena Puşcariu, *exprim profundă recunoștință pentru îndrumările ce mi le-a dat cu atâta gentileță și bunăvoință în rezolvirea multiplelor necunoscute ce ni le prezintă problema complexă a manifestărilor oculare a sifilisului hereditar.*

Domnului Profesor Francisc Rainer, *care m'a introdus în studiul medicinei și a cărui îndrumări mi-au servit de călăuză în tot timpul studiilor îi păstrez dragoste și respect.*

Domnului Profesor Ioan Tănăsescu, *pentru cunoștințele căpătate în serviciul D-sale cât am funcționat ca extern, voi păstra o adâncă recunoștință.*

Domnului Profesor Amza Jianu, *recunoștință pentru îndrumările date în timpul cât am funcționat ca intern în serviciul D-sale,*

Regretatului Dr. Gheorghe Costea, *o pioasă amintire și recunoștință pentru dragostea ce mi-a arătat-o timp de un an cât am servit ca intern în spitalul D-sale.*

Domnilor Profesori ai Facultăței de Medicină *din Iași, cărora le datorez educația mea medicală stimă și recunoștință.*

Juriului de promoțiune exprim mulțumirile mele.

INTRODUCERE

Sifilisul ereditar reprezintă unul din cele mai importante capitole în studiul acestei boli grozav de întinsă.

Studiul ei este de mare importanţă practică şi desfăşoară o sumă mare de fenomene interesante, care ne introduc în domeniul vast şi complicat al sifilisului congenital, cu mai multă siguranţă, lăsînd totuşi problema cu multe necunoscute nerezolvate.

Manifestările sifilisului ereditar sunt multiple şi pe cât de multe pe atât de curioase şi enigmatice.

Se arată la toate organele, capricios, ne vroind să se supună unei legi, care să ne permită s'o îmbrăcăm în cauză, timp şi spaţiu, haina în care fenomenele pot intra în mintea noastră ca noţiuni ştiinţifice. Tot aşa de curios sifilisul ereditar se arată la ochi îmbrăcând forme variate şi multiple, care au încurcat mult mintea omenească, rătăcind-o pe toate drumurile.

După autorii mai noi sifilisul determină la ochi leziuni de două feluri: manifestaţiuni precoce, care nu diferă nimic de manifestaţiunile sifilitice câştigate şi de altă parte, accidente depărtate, care se întâlnesc cu o predominanţă cu totul specială la copii şi adolescenţii, cari n'au avut la naşterea lor nici-o manifestare aparentă a sifilisului, care au reacţionat contra aţecţiunei spirochetice, prin propriile mijloace de apărare, fără să fie ajutaţi de mercur, iod sau arsenic. Aceştia din urmă sunt

loviţi de tulburări, care au fost considerate până nu de mult, ca de natură parasifilitică. Cercetările noi tind să dovedească din ce în ce mai mult natura pur sifilitică a acestora afecţiuni.

Dar din punct de vedere clinic e o diferenţă foarte importantă între aceste cazuri atât de rebele terapeuticei şi gomele sau alte manifestaţiuni atât de uşor vindecabile prin mercur, iod şi arsenic.

După Profesorul Citron din Berlin una din manifestările cele mai frecvente a sifilisului ereditar precoce ar fi nevrita optică.

Alte manifestări sunt iritele, corioretinita difuză, deslipirea retinei, retinita proliferantă a ochiului şi cataractă patologică cronică a ochiului cu goma choroidei, nystagmus, îmbolnăvirea cailor lacrimale, paralizia motorului ocular extern, atrofia optică, şi rare ori tarsite blefarite absenţa cililor şi pleoapelor.

Cea mai frecventă manifestare a sifiiisului ereditar la ochi este cheratita interstiţială care printr'un contrast atât de neexplicabil pe cât de curios, apare extrem de rar la sifilisul câştigat.

Din 212 cazuri de sifilis ereditar Fournier găseşte 101 afecţiuni oculare, 82 osoase, 53 cutanate, 46 leziunile gătului, 42 simptome de ordin cerebral, 40 turburări ale auzului, 26 leziuni nazale, 25 afecţiuni hepatice, 15 leziuni splenice, 14 gome sifilitice subcutane, 12 afecţiuni renale, 10 leziuni laringiene, şi restul afecţiuni ale măduvei spinărei, leziuni testiculare, leziuni pulmonare, artropatii etc.

Din această statistică se vede că afecţiunile oculare sunt cele mai frecvente manifestaţiuni ale sifilisului ereditar.

Din 212 observaţiuni, Fournier are 88 de cheratite interstiţiale fie ca leziune actuală, fie ca leziune antecedentă şi trădată prin diferite alteraţiuni ale corneei.

Din 94 de observaţiuni din Clinica D-nei Profesor Dr. Puşcariu cu manifestări oculare la eredosifilitici 72 cu cheratite interstiţiale.

Voi începe studiul manifestărilor oculare la eredosifilitici cu cherastita interstiţială, ea ocupând în ordinea de frecventă primul rang.

CHERATITA INTERSTIȚIALĂ

Istoric

Leziunea corneană nu este o descoperire recentă. A fost remarcată și semnalată de mult sub nume diverse: *corneita scrofuloasă* din cauza legăturei ce credeau unii că ar avea-o cu scrofuloza; *cheratita punctată*, din cauza aspectului particular ce-l îmbracă une-ori; *cheratita interstițială cronică*, din cauza lungei sale durate; *cheratita heredosifilitică*, dată de Hutchinson, din cauza conexiunilor sale obicinuite cu influența heredosifilitică și în sfârșit *cheratita lui Hutchinson* ca un omagiu genialului medic care a sezizat cel dintăi raporturile patogenice cu sifilisul.

Nu se dădea acestei leziuni de cât un interes mediocru, când la 1859 s'a produs o adevărată agitație științifică. La această epocă Hutchinson face o declarație nouă și neașteptată. Varietatea de cheratită, numită interstițială, este după dânsul totdeauna, o consecință directă a sifilisului ereditar. Această afirmație a stărnit numeroase obiecțiuni și controverse în toate țările. In evoluția concepției asupra naturei cheratitei interstițiale se desting trei perioade:

1) Perioadă Hutchinsoniană de la 1859—1871.
2) Perioada de confuzie de la 1871—1886.
3) Perioada contemporană de la 1886.

La 1871 într'o interesantă discuție la Societatea de Chirurgie din Paris, Dulbeau și Perrin se ridică

contra afirmaţiilor lui Hutchinson şi demonstrează, că cheratita interstiţială se datoreşte reumatismului. Susţin această temă, citând cazuri de keratită parenchimatoasă, la copii, n scuţi din părinţi artritici şi vindecaţi cu salicilat de sodiu.

Michel, şi Mackenzie demonstrează şi ei influenţa reumatismului.

Mackenzie mai arată că copii atinşi de keratită interstiţială, au stigmate de tuberculoză şi o ataşează scrofulozei numind-o *corneita scrofuloasă.*

La congresul dc oftalmologie din Paris la 1884, Perrinaud face o comunicare foarte interesantă asupra unor cazuri de keratite interstiţiale de natură reumatismală.

Abadie în tratatul său: „Traite des maladies des yeux". arată rolul salicilatului de sodiu în tratamentul keratitelor interstiţiale.

Profesorul Camennens de la Facultatea de Medicină din Bordeaux, publică în „Gazette hebdomadaire des sciences medicales de Bordeaux" (Noembrie 1901), un caz de keratită interstiţială vindecat prin salicilat de sodiu.

Perioada modernă începe de la 1886 când Fournier publică tratatul său asupra sifilisului hereditar tardiv ; mulţi autori s'au întrebat dacă keratita interstiţială n'ar fi o boală, ce se găseşte numai la heredo-sifilitici. Mai mult încă, Chevallereau, Meyer, Despagnet, susţin că chiar dacă nu găsim sifilisul cauza keratitei, avem de aface în asemenea caz cu o keratită interstiţială, ce prezintă analogie cu cea sifilitică, dar care e cu totul diferită de keratita interstiţială heredo-sifilitică.

Am putea adăuga perioada contemporană începând cu Ighersheimer care în 1913 găseşte spirocheţi în corneea unei keratite parenchimatoasă, tinzând să demonstreze că este o afecţiune pur sifilitică, în care factorul patogenic ar fi spirochetul în sifilisul hereditar precoce şi toxina în sifilisul hereditar tardiv.

ETIOLOGIA

Este o boală frecventă şi se observă mai des în momentul pubertăţei şi la adolescenţi.

In medie, după unii vârsta la care se observă mai mult este între 9 şi 13 ani. Se observă şi la o vârstă mai mică. Aşa: Laurence (ann d'ocul, 1864) citează cazul unei keratite interstiţiale datând din viaţa intra-uterină. Richard Graefe, citează un caz, observat de dînsul la vârsta de 7 luni.

Din statistica lui Hutchinson din 88 de cazuri:

2	ani—	5	ani	7 cazuri
5	„ —10		„	30 „
10	„ —15		„	39 „
15	„ —20		„	16 „
20	„ —26		„	6 „

Fournier din 63 cazuri:

5—	9	ani	27 cazuri
10—12		„	23 „
13—20		„	13 „

După Parrinaud, maximum de frecvenţă ar fi între 7 şi 18 ani.

După statistica D-nei Profesor Dr. Puşcariu la 72 cazuri colecţionate între anii 1916—1922:

1—	5	ani	1 caz
3—10		„	15 cazuri
10—15		„	19 „
15—20		„	26 „
20—35		„	10 „

In rezumat putem zice că keratita interstiţială se observă la toate vârstele, cu maximum de frecvenţă între 10—20 şi mult mai rară dincolo de această vârstă.

După unii autori fetele ar fi mai frecvente atinse,

Hutchinson din o statistică de 102 cazuri, găseşte 64 fete şi 24 băeţi.

Perrinaud din 32 cazuri, 22 fete şi 10 băeţi.

Fournier din 83 cazuri, 46 femei şi 37 bărbaţi.

Din 72 cazuri ale D-nei Profesor Dr. Puşcariu, e mai frecventă la bărbaţi, 40 bărbaţi şi 32 femei.

Hutchinson îşi susţine teza, notând aspectul caracteristic al indivizilor atinşi de această boală : pielea aspră şi creaţă, fruntea proeminentă, nasul scurt şi turtit, dinţii mici mai implântaţi, incisivii mediani au marginea liberă scobită în formă de V întors.

Atrage atenţia asupra marei mortalităţi a copiilor din aceeaşi familie. Apoi mărturiile părinţilor ce au avut sifilis şi surditatea bolnavilor care întovărăşeşte în majoritatea cazurilor această afecţiune.

Panas din contră susţine că cauza principală nu e sifilisul şi că keratita interstiţială este mai frecventă la cachectici, cu stare generală proastă şi o socoteşte ca o manifestaţie a acestei stări denumind-o keratită cachectică.

Fournier crede că e manifestaţia unei influenţe distezice, produsă prin însuşi faptul diatezei fără să aibă nevoe de provocaţiuni străine.

Diversele cauze ocazionale (răceală, umiditate, dentita) care servesc de excitaţii la alte oftalmii, par să nu influenţeze geneza keratitei interstiţiale.

Susţine, că keratita interstiţială se întâlneşte la mai mult de jumătate din heredo-sifilitici. După dânsul poate fi favorizat de traumatism anterior. Numai 3% provin din sifilis câştigat. Din colecţia de observaţii a D-nei Dr. Puşcariu sunt 2 keratite sifilitice, provenite din sifilis câştigat la 71 heredo-sifilitici, ceea ce revine cam 3%.

După Wecker şi Landolt, keratita interstiţială ar deriva de două ori pe trei din sifilis şi odată pe trei din diverse alte cauze.

Steffenzen in The Ophtalmoscop susţine că keratita interstiţială nu este o distrofie, ci o infecţiune a căror agenţi sunt diverşi: spirocheţi, bacilokoch, plazmodiu malariei şi diverşi tripanozoni.

Gonzalez semnalează influenţa traumatizmului în apariţia keratitei interstiţiale. Citează două cazuri în care acţiunea iritantă a produselor chimice, introduse accidental în ochi, dau loc la apariţia unei keratite interstiţiale. Din observaţiile D-nei Profesor Puşcariu avem câteva cazuri demonstrative care arată legătura între traumatizm şi apariţia keratitei interstiţiale (vezi observaţia I, II). Igersheimer găseşte spirocheţi într'un fragment al corneei unui fetus. El crede că spirocheţii erau în cornee dela perioada fetală şi printr'un proces inexplicabil au devenit agenţi producători ai inflamaţiei.

Fournier ajunge la concluzia că keratita interstiţială nu este o leziune cachectică, nici o leziune scrofuloasă, nici o leziune sifilitică, ci o leziune banală, o simplă leziune de nutriţie, ce diferite influenţe morbide sunt apte s'o realizeze. Din aceste diverse influenţe, cea heredo-sifilitică, determină mai frecvent decât celelalte la un loc această leziune şi îi serveşte de origina obişnuită. De altfel zice el şi celelalte manifestări locale heredo-sifilitice sunt însoţite de o tulburare de nutriţie generală. Este şi aici ceva analog cu acele distrofii, care servesc de origină diverselor stigmate a heredo-sifiliticilor ca întârzierea sau insuficienţa desvoltărei generale, micimea taliei infantilizm, oprirea dezvoltărei parţiale, malformaţiuni dentare (eroziuni, dinţii crestaţi, etc.).

Galezovschi în 1888 susţine că constituţia limfatică predispune într'un mod excepţional. După dansul diateza scrofuloasă şi sifilisul hereditar sunt socotite de cauză constituţională.

Indivizi slabi, copii limfantici şi fetele în momentul apariţiei regulelor pot fi atinse de această afecţiune

Admite cauzele excitante, ca acţiunea frigului şi iritaţiei, rănirile şi contuziile. Crede ca dentiţia joacă un rol deosebit în desvoltarea keratitei interstiţiale la persoanele limphatice slabe şi debilitate. Observa apărând această boală la copii în momentul celei de a doua dentinţii, când se face încet şi penibil şi când iritaţia nervilori dentari se transmite prin acţiunea reflexă a nervilor ciliari şi a corneei.

Acelaşi lucru are loc între 20-25 de ani în timpul celei de a treia dentiţii. Această afirmaţie pare puţin verosimilă. Keratita interstiţială după cum am demonstrat în statisticile precedente îşi are maximum de frecvenţa între 10 şi 20 de ani în care nu intră epoca dentinţiei.

Mijloacele noi de investigaţie, tind să dovedească din ce în ce mai mult origina heredo-sifilitieă a keratiei interstiţiale,

Brunet zice: „toate cazurile de keratită interstiţialăa copilăriei sau adolescenţei şi chiar cazurile rare, care se pot vedea mai târziu par în marea majoritata să fie sub dependinţa sifilisului hereditar Procedeile moderne demonstrează ca sifisul intervine activ în boală'-.

Tratamentul anti-sifilitic administrat cu ardorea de susţinătorii originii sifilitice a keratitei interstiţiale, dând rezultate extrem de slabe a remontat pe adversari, cari au luat acest fapt ca un argument hotărâtor al temei lor.

Vindecă oare mercurul sau arsenicul toate manifestările sifilitice? Nu sunt destnl de numeroase cazurile unde mercurul rămâne absolut inactiv contra manifestărilor de origină sifilitică? Putem măcar oprî din mers paralizia generală cu tratamentul antisifilitic cel mai energic ?.

Mai invocau adversarii originii sifilitice a keratitei interstiţiale, faptul că se manifestă mai mult la adolescenţi şi ca proprîul manifestărilor heredo-sifi-

litice ar fi că se produce mai mult în copilărie sau la o epocă puţin depărtată de naştere.

Keratita interstiţială se manifestă la toate vârstele şi este absolut falş ca sifilisul hereditar se manifestă în prima copilărie, sau că ar concentra într'o perioadă vecină de naştere toate accidentele de care este susceptibilă.

Desele rezultate positive ale reacţiei Wasserman dovedesc, că în keratita interstiţială spirohetul lui Schaudin sau toxina lui joacă rolul principal în cauza afecţiunii şi că este o afecţiune pur sifilitică şi nu parasifilitică cum susţinea Fournier.

ANATOMIA PATOLOGICA

Anatomia Patologică a keratitei interstiţiale este puţin studiată, din cauza rarităţei autopsiilor făcute în plină evoluţie a boalei. Primile cercetări au fost făcute de Wirchow, care găseşte că vasele pericorniane erau umflate şi dilatate de sânge.

In keratita interstiţială ca şi în ori ce proces inflamator, găsim cei trei factori cari caracterizează o inflamaţie, dar aspectul leziunei e deosebit după faza în care se găseşte keratiţa; căci keratita interstiţială atât anatomo patologic cât şi clinic prezintă trei faze în evoluţia ei. Astfel în primul stadiut al keratitei caracterizat macroscopic prin tulbularar corneei, leziunile histologice sunt în mod esenţial constituite prin o infiltraţie lucocitară, interesând mai cu seamă straturile profunde ale corneei. Din cauza structurei istologice a acestei membrane leucocitele pătrunse în spaţiile imphatice, i-au forme caracteristice constituind aşa numitele figuri lanciolate şi grilajate (Spitzund Gitterfiguren). Asupra acestor formaţiuni încă de la lucrările lui Conheim au fost discuţiuni, dacă ele sunt leucocite sau derivă din celule migratice şi din celule fixe. Chestiunea

n'a fost rezolvată de cât de curând, când sa stabilit ca în cea mai mare parte, infiltrația este formată din lucocite, De asemenea sa dovedit ca în mică parte, provin dfn celule migratice și e probabil, prin analogie cu ceia ce se petrece în cea mai mare parte a țesuturilor inflamate ca însuși celule propri, care caracterizează țesutul să se devidă sub influența iritațiunei și să dea o parte din formațiunile de mai sus. Acest lucru nu e încă dovedit până în prezent,

Leucocitele. emigrate în spațiile limfatice ale corneei, provin mai cu seamă din vasele sanguine vecine cu ea, care sub influența iritațiunei se diliată și exzudează. Procese de acestea au loc și în alte țesuturi lipsite de vase, cu valvulele inimei și cartelaje. Fenomenele vasculare se produc în rețeaua vecină. De asemenea leucocitele provin, dar mică parte și din spațiile limfatice vecine In keratita pur centrală provin din sacul conjonctival. Plazma exudată trece împreună cu leucocitele în spațiile limphatice ale corneei pe care le dilată. Celule cornene fixe se umflă (tumefacție tulbure) degenerează și se distrug în partea. Din cauza leucocitelor invadate, lamele corneene aflate între grămezile de celule fixe se distrug, Celulele conjunctivale ale corneei proliferează. Așa că în prima fază a inflamației vom găsi pe o secțiune canalele limphatice dilatate, pline cu un lichid care conține granulații albuminoase și în care se află un număr mare de leucocite, celule pe cale de degenerescentă și nucleii mai mult sau mai puțin micșorați.

Celulele proprii ale corneei în periodul inflamator sunt mărite de volum și se colorează slab cu culorile de anelină, ceia ce arată că sunt pe cale de degenerescență. In stadiul al doilea, vasele neoformate pătrund dela periferie în interiorul corneei, aducând împreună cu ele țesut conjonctiv de noua formațiune. Celu-

lele corneene se devid spre a înlocui pe cele distruse de procesele inflamatorii, părţile mortificate sunt rezorbite de leucocite care începe să emigreze din cornee, aşa ca aspectul membranei în acest stadiu e anumit ţesut tânăr de granulaţii în care începe să apară fascicole conjonctive, care vor forma lamelele corneane. In stadiul al treilea focarul de infiltraţie e compus din lamele neregulate alcătuite din fascicole fine, celule fixe neregulat aşezate, celule migratice şi vase obliterate în parte sau în totul care mai pe urmă se rezorb.

Epiteliul este modificat, e înfiltrat cu leucocite, celulele epiteliale profunde sufar fenomene de degenerescenţă iar cele superficiale sunt keratizate în parte.

Membrana lui Bowman nu e perforată. Sub această membrană se găsesc grămezi mici de celule rotunde sau poligonale. Membrana lui Descmet şi ţesutul epitelial posterior nu sunt modificate.

Infiltraţia leucocitară a keratitei interstiţiale nu e limitată la sornee, ce se poate întinde, adesea ori la nivelul ligamentului pectinat, la iris, corpul ciliar şi chiar la segmentul anterior al scleroticei. In rezumat se poate afirma ca procesul de opacificare al corneei în keratita interstiţială, arată totdeauna leziuni inflamatorii şi nu degenerative.

PATOGENIE

O altă chestiune importantă şi încă ne rezolvată este cum lucrează spirochetul sau toxina lui în realizarea leziunei corniane.

Voi înşira diferite teorii bazate pe experienţe şi pur hipoteze.

După unii leziunea ar fi rezultatul defectului de nutriţie, care se declară progresiv în diferite porţiuni ale corneei. Ei cred că nervii corneeni sunt

primi atinşi, ceia ce intrerupe endozmoza şi exosmoza, sub influenţa cărora se face nutriţia în această membrană în stare fiziologică. De aici ar rezulta o iritaţie care provoacă desvoltarea vaselor în această membrană şi sângele care ajunge acolo întreţine leziunile în tot timpul boalei. Pe măsură ce nervii încep să funcţioneze, transparenţa revine, vasele se strictureză şi dispar complect (Caletzovschi 1888).

După teoria lui Vagenman, ar fi turburarea a nutriţiei, şi îşi bazează afirmaţiile sale pe experienţele ce le-a făcut pe epuri ; secţionând arterile ciliare lungi şi cele scurte s'au produs leziuni tipice de keratită interstiţială

Teoria lui Leiber Schulze: endotelială, ar fi o afecţiune primară a endoteliului corneau produsă prin toxine sifilitice în camera anterioară. Această teorie a fost combătută de Profesorul Elschnig din Praga prin faptul că ar urma că keratita interstiţială să fie frecventă în leziunile sifilitice ale irisului ; pe altă parte microscopic nu se găsesc leziuni ale endoteliului.

Mischel atribue leziunile corneene unei endo-perivasculite sifilitice ale reţelei corneene. S'a căutat spirochetul în keratitele interstiţiale cu următoarele rezultate :

Igersheimer nu a găsit spirocheţi în camera anterioară la keratita interstiţială. Clauzen în cinci cazuri de keratită heredo-sifilitică nu a găsit spirocheţi. In schimb la fetuşii heredo-sifilitici fără leziuni ale corneei Siderey Stefenzon l'a găsit la doi copii heredo-sifilitici, atinşi de kerato-malacie.

Bach la trei feţi heredo-sifilitici a găsit treponemi în cornee lângă membrana lui Descemet în iris şi coroidă, fără însă să fi prezentat vre-o leziune microscopică sau macroscopică.

La un fet macerat a găsit treponemi în nervul optic.

Schlimpert de asemenea a găsit treponemi la fet macerat de patru luni în vasul conjunctivei, corneei, choroidei şi retinei.

In ultimii ani V. Hippel şi Clausen au găsit în cazuri de cheratită parenchimatoasă indiscutabile, la un foetus heredo-sifilitic şi la un copil de patru luni, spirocheţi în cornee.

Spirocheţii ocupau stratele anterioare ale corneei.

In orice caz aceste două observaţiuni sunt singure în acest gen, căci în marea majoritate a cazurilor de keratită parenchimatoasă cu un examen anatomo-patologic, prezenţa spirocheţilor n'a putut fi pusă în evidenţă.

Bazat pe aceste fapte, precum şi pe experienţele de anafilaxie locală corneană a lui Wessely Elschnig, a emis o teorie pentru explicaţia keratitei heredo-sifilitice şi anume că la heredo-sifilitici, la naştere fiind foarte probabil treponem în cornee, care apoi dispar. Corneea însă rămâne sensibilizată faţă de produsele treponenei, care se produc ulterior când se desvoltă în organism focare sifilitice, care uneori când ajung la corneea senzibilizată joacă rolul de antigen şi produc o inflamaţie.

Din acest fapt el deduce că keratita interstiţială ar fi rezultatul unui fenomen anafilactic.

Această teorie ni se pare puţin admisibilă. Fenomenul anafilactic cum l'a demonstrat foarte clar Besretka este un „schoc", prin urmare presupune o apariţie bruscă brutală cu o evoluţie rapidă şi o deslănţuire fulgerătoare a fenomenelor.

Evoluţia keratitei interstiţiale nu îmbracă de loc această formă. Inceputul ei este insiduos, ne simţit şi mersul ei mai departe este încet şi de durată lungă.

Experimental s'a căutat să se producă keratite interstiţiale : Bertarelli, Schucht, Hoffman, Clauzen, fie prin injecţii în ţesutul corneean, fie în camera

anterioară de produse sifilitice (secreţiuni din şancru sifilitic, ganglioni inguinali, cervicali, din gome sifilitice, etc.). S'au realizat să se producă infiltraţii corneane după mai multe săptămâni, care apoi a dispăiut repede, deci nu s'a obţinut o keratită asemănătoare cu acea umană.

De asemenea şi Igersheimer a realizat o keratită interstiţială experimentală la animale cu spirocheţi dar care n'are nimic asemănător cu keratita interstiţială tinică care apare cu maximum de frecvenţă între 10 şi 20 ani.

Concluzia este că keratita interstiţială este mai mult datorită unei endo-perivasculite sifilitice ale reţelei corneane.

SIMPTOME ŞI EVOLUŢIE

Un proces de opaacificaţie a corneei, proces uneori rezolutiv şi uneori absolut rezolutiv, în aşa fel că dispare fără nici o urmă, uneori desorganizator în aşa fel că ajunge la pete permanente şi la o pacificare permanentă a corneei. Inceputul insiduos fără să fie anunţat de o tulburare prodromică, corelativa cu afecţiunea care se prepară. Unei ori poate rămâne latentă şi ne zărită, pentru un timp oarecare, mai ales când începe de la periferie. In cazurile obişnuite unde începe prin părţile centrale, primul simptom ccre apare este o tulburare a vederei, mai întâi uşuoară aproape ne însemnată apoi creşte progresiv şi un fel de ceaţă se stabileşte în permanenţă înaintea ochiului afectat. In acest moment dacă se examinează corneea cu o lupă, prin procedeul luminatului oblic, se percepe la nivelul părţei afectate pe un fond uşor opaleecent, o serie de puncte cenuşii, extrem de mici care ocupă grosimea însuşi a corneei. De o parte membrana corneană apare înceţată şi de altă parte ea este

criblată de o mulțime de mici puncte opace cenușii ce-i dau o aparență ușor zgrunțoasă.

Apoi nebulozitatea corneană să accentuiază, micile puncte opace se măresc și se apropie, iar alte focare noi se nasc. In acest timp intră alte simptome de reacție locală pentru a inaugura o a doua perioadă de opacificare inflamatorie. Este perioada opacificărei absolută și a procesului inflamatoriu reacționar

Prin dublul fapt al confluenței crescânde și a desvoltărei extensive al focarelor nebuloase, o mare parte a corneei ajunge să devină cenușie sau cenușie albăstrue, să piarză cea mai rămas din transparență, apoi să se opacifieze mai mult sau mai puțin complect, în așa fel ca pupila și irisul nu se mui desting de cât întru'un chip confuz, sau nu se mai desting de loc.

Această opacitate poate să fie generală și uniformă. De obiceiu este de intenzitate variabilă pe diversele segmenete ale membraniei și predominante înspre părțile centrale. In timp ce corneea ia acest aspect se stabilește la periferie o rețea congestivă. La început nu-i de cât un simplu cerc perikeratic compus din vase radiate. Acest cerc crește, vascularizația se acentuiază, impietand țesuturile corneei. Apoi formațiuni noi de capilare, foarte fine pătrund în grosimea acestei membrane, întreptându-se de la periferie la centru.

De aici aspectul nou al corneei, datorit inflamației parenhimului său prin elementul vascular. In primul grad corespunzind unei vascularizații mijlocii ea o culoare rozacee ; apoi devine roșie ca o cireașe și in cele din urmă simulează o pată de sânge. La prima vedere pare că ai de aface cu un epanchement saguin interlamelar și este nevoie pentru a evita eroare de a recurge la lupă, care disociază aceestă pată aparentă și face să recunoaștem un țesut capilar dens și strâns.

In această formă intensă a boalei corneea devine mai puțin strălucitoare.

Din aceste leziuni rezultă :

1) Tulburări vizuale, începând dela simpla scădere a vederei, până la perderea ei complectă.

2) Photofobie, blefharospazm, dureri oculare, epiphora, insomnie, agitații, stare nervoasă, une ori o trecătoare stare febrilă.

Durerea nu este mare. Une ori este nulă, după cum remarcă Wecker și Landolt. „Indolența ochiului contrastează cu tulburarea notabilă a transparenței corneei și aboliția sau diminuarea însuși a vederei".

A treia perioadă, zisa determinație consta într'un proces regresiv, care se manifestă printr'o atrofie progresivă și dispariția vaselor de nouă formație.

Ea poate să fie integrală, ceia ce este foarte rar. De obiceiu rămâne incomplectă.

In privința elementului infiltrat se pot întâmpla două cazuri : Une ori și aceasta sub influența unui tratament apropiat se produce o rezorbție adevărată a infiltratelor corniane. Progresiv petele se atenuiază, se reduc din întindere și se limpezesc. Sunt cazuri când rezorbția este complectă în așa fel, că corneeia își reia transparența sa fiziologică. Une ori această rezorbție depășește cu mult așteptările noastre și ceia ce nu se putea obține cu terapeutica cea mai activă. S'au putut vedea cornee absolut opace, limpezindu-se într'un mod aproape complect.

Fournier citează cazul unui copil intrat în serviciul său cu corneea cireașă și în stare de cecitate absolută. După cât-va timp, el îi prezintă elevilor săi, mult ameliorat și putând să eitească literele mari. Această restituție ad integrum, majoritatea autorilor o recunosc, ea este un fap trar. De obiceiu rezoluția nu se face de cât într'un mod incomplect și parțial, în acest senz, că dacă ceața corneană se împrăștie în mod general, subzistă sub

formă de mici pete parţiale, într'unul sau câte-va punete, la nivelul părţilor care au fost cele maî săturate de infiltraţii. Asta pentru cazurile fericite. Dar une ori regresiunea opacitaţllor corneane nu se produce sau nu se face de cât într'un mod cu totul incomplect,

De parte de a se rezorbi infiltratele perzistă şi isprăvesc prin a se organiza în stare de scleroză permanentă iremediabilă, corneca rămânând definitiv opacă în cea mai mare parte a întinderei sale, sau într'un segment izolat de preferinţă în părţile sale centrale în marile detriment a funcţiunilor vizuale.

Aceste opacităţi constitue un element semiologic, din cele mai lmportante. Ele se prezintă sub cele trei forme care pot afecta toate alteraţiunile transperanţei corneei, ori care ar fi origina :

1) Leucome, adică pete absolnt opace, albe, impermiabilă la lumină, destul de rare.

2) Albugo, o pata mai puţin albă, mai puţin opacă, ne interceptând de cât într'un chip mai puţin complect razele luminoase,

3) O simplă înceţare corneană, translucidă, cenuşie sau cenuşiu albăstrue,—nefelion,

Acesta este sfârşitul cel mai comun al keratitei heredo-sifilitice.

Nefiloamele sunt mici pete fără formă şi de diametru foarte variabil. Ca sediu ocupă polul cornian şi une ori zona mijlocie a membraniei ; mai rar le găseşti aruncate la periferie.

Bine accentuată, se zăresc uşor mai ales când ocupă polul corneean, unde tranşează prin coloraţia lor cenuşie pe fondui negru al pupilei. Dar când sunt uşoare, aproape transparente şi restrânse ca întindere s'au când afectează segementele periferice pot scăpa observaţiuni. Nu se văd la prima vedere ; une ori scapă chiar la un examen mai atentativ şi este necesar de a le căta prin procedeul special cu lupă sau cu lumină oblică.

Acest procedeu special este indispensabil în toate cazurile unde se întâlnesc un sifilis hereditar şi este o datorie de conştinţă peotru orice medic de a-l utiliza chiar atunci când bolnavul nu acuză nici o tnrburare vizuală.

Fournier atrage de repeţite ori atenţia şi accentuiază că petele corniane constituie un element important pentru diagnosticul retrospectiv al cat zurilor de acest gen şi este esenţial de a nu lăsa să scape un semn de acestă valoare.

In rezumat keratita lui Hutschinson se prezintă schematic în chipul următor :

1) Perioadă iniţială : corneea ca o sticlă mată.

2) Perioada de opacificare mult mai lungă de cât precedentă şi constituită din :

a) Un proces de opacificare corneană.

b) Neofomaţie vasculară intersrtiţială.

3) Perioada constituită sau prin regresiunea mai mult sau mai puţin complectă a opacităţilor corniane sau prin perzistenţa acestor opacităţi sub forme de leucome, albugo sau cele mai adesea nefeliom.

Se poate ca keratita heredo-sifilitică să nu se afecteze de cât un singur ochiu. Această este însă rar. In general ea afectează ambii ochii, dar succesif. Este execpţional ca să intereseze ambii ochii de la început şi de o dată. Din colecţia de observaţiuni a D nei Profesor Dr. Puşcariu n'am găsit de cât două cazuri în care ambii ochii par a fi atinşi de la început şi de o dată. Zic par pentru că n'au avut aceiaşi evoluţie, la un ochiu fenomenele având un mers mai repede ca la cellalt şi cu acuitate vizuală deosebită.

Succesiunea se poate une ori face la intervale de timp destul de distanţate, In regulă sau cel puţin în cazul cel mai obişnuit ea afectează întru'un t mp destul de apropiat de unde consecinţa, că la un moment dat al boalei ambiii ochii se găsesc simultan

în perioada de opacificare şi bolnavul trece printr'un timp mai mult sau mai puţin lung printr'o perioadă de cecitate absolută.

Este momentul cel mai penibil şi impresionant. Inceputul afecţiunei după cum am spus este insidios. Simptomele evoluiază într'un chip progresiv şi continu cu exacerbaţiuni, care se pot produce din timp în timp. Dar ceea ce este mai important de specificat este extrema încetineală cu care evoluiază boala.

Perioada iniţială este cea mai scurtă.

A doua este foarte lungă. Ea poate dura trei până la patru luni cu minimum două luni şi cu maximum de 5, 6, 7, 8, 9 luni. Ultima perioadă este şi ea destul de lungă. Trebue uneori 3, 4, 5, 6 şi chiar mai multe luni pentru ca corneea să se limpezească.

Adunând aceste trei medii, ajungem la o durată totală de 6 până la 10 luni şi care se poate urca până la 12, 15 şi 18 luni.

Depinde de intensitatea simptomelor, de complicaţiunile asociate şi poate şi de natura medicaţiunei. Hutchinzon citează un caz unde corneea s'a limpezit în 2 luni şi Galezovschi, care a durat 3 ani.

Varietatea complicaţiilor este destul de mare şi interesantă, dându-ne noi date şi indicaţii pentru rezolvarea problemei etiologice şi patogenice a keratitei interstiţiale. Se observă irite, soperite, choroidite, retinite, etc.

Complicaţia cea mai obişnuită este irita ; complicaţie gravă pentru că denotă un caracter particular de malignitate şi în al doilea loc pentru că absorbţiunea atropinei făcându-se greu printr'o cornee umplută de produse infiltrate, nu putem opri formarea sinechiilor posterioare totale, punct de plecare a unei irido-choroidite sau unei irido-ciclite. Este cu atât mai periculoasă această complicaţie, cu cât e foarte greu a supraveghea şi a surprinde începutul ei din

cauza opacităţilor corneane care maschează irisul şi pupila. Din colecţia de observaţiuni a Doamnei Profesor Dr. Puşcariu din 72 cazuri de keratită interstiţială erau 11 cazuri cu complicaţii ale irisului.

Uneori exageraţia procesului inflamatoriu poate determina diverse complicaţii la cornee, ca eroziuni, ulceraţii, ramolismentul ţesutului cornian şi stafilon consecutiv ; dar aceste complicaţii sunt foarte rare.

RAPORTURILE KERATITEI INTERSTIŢIALE CU CELELALTE STIGMATE HEREDO-SIFILITICE

Keratita interstiţială intrând intriada lui Hutchinson este interesant să vedem în ce proporţie se asociază această manifestare heredo-sifilitică cu celelalte stigmate ale sifilisului hereditar.

Din 72 de observaţiuni culese de D-na Profesor Dr. Elena Puşcariu, 19 prezintă dinţii lui Hutchinson sau rău desvoltaţi, distrofici ; 12 cu leziuni osoase, îngroşarea caracteristică a crestei tibiei, sau a claviculelor, cicatrici pe gambe cu pigmentări caracteristice, ganglionii inguinali, epitrocleeni şi cervicali măriţi. Restul nu se asociază cu nici un alt simptom heredo-sifilltic. Prin urmare din 72 de cazuri 31 sunt cu stigmate heredo-sifilitice şi 41 au keratita interstiţială ca singura manifestare heredo-sifilitică ceea ce revine 56% la care keratita interstiţială apare ca un simptom izolat.

PRONOSTICUL

Pronosticul keratitei interstiţiale este foarte serios, din cauza relicvatelor posibile ale afecţiunei, cari compromit în grade deosebite funcţiunile viziale.

S'a pus multă speranţă în terapeutica antisifilitieă.

Fournier susţine că a remarcat succese extraordinare. El afirmă că a văzut opacităţi corneane absolute, rezorbite fără nici o urmă. Recunoaşte şi el rezultatele nu's totdeauna fericite. In capitolul tratamentului keratitei interstiţiale voi discuta mai pe larg această chestiune.

Pronosticul rămâne subordonat la condiţii multiple şi diverse astfel ca forma boalei intenzitatea fenomenelor de opacificaţie, sediul central al infiltratelor, complicaţiunile, intervenţia precoce sau tardivă a medicaţiunei şi vârstacând apare. In copilărie pronosticul este mai bun decât în momentul pubertăţei sau mai târziu.

In primii 10 ani ai vieţei este rar, ca să treacă la trei luni de durată. Intre 10 şi 20 de ani durează mai mult de trei luni.

Dacă starea vederei este proastă e din cauza complicaţiilor din partea membranelor interne ale ochilor în timp ce corneea se limpezeşte.

Un ultim element de pronostic rezidă în posibilitatea recidivelor şi rechiuturilor.

Adevăratele recidive nu sunt prea comune totuşi s'a văzut de mai multe ori indivizi afectaţi de o keratită, vindecându-se în grade variabile, prinşi apoi la o a doua invaziune a boalei câţi-va ani mai târziu. Falge la 70 keratite parenchimatoase a observat 12 recidive ; 8 la ambii ochi şi 4 la un singur ochiu.

Intervalul între afecţiune şi recidivă a fost de 6 luni, un caz ; de un an, 3 cazuri ; 3 ani, 2 cazuri ; 4 ani, 2 cazuri ; 8 ani, 1 caz. Recidivele sunt lungi şi penibile, cresc turburările funcţionale prin formaţiuni de noui opacităţi. Cauza lor este încă neprecizată, Cu totul altfel se prezintă (rechutele). Ele se prezintă într'un număr de cazuri considerabil şi conferă boalei o durată totală mai mult sau mai puţin lungă, deosebit de lungă uneori pu-

tând să dureze mai mulți ani. Fournier citează cazul unui individ care a început să sufere dela 7 ani de o keratită interstițială dublă și 7 ani a suferit o serie de ameliorațiuni incomplecte și de exacerbațiuni. Un alt bolnav a suferit 13 ani de keratită interstițială dublă, care l'a orbit vreo 12 luni. El n'a scăpat de simptomele inflamatorii ale afecțiunei decât la vârsta de 18 ani. Timp da 7 ani a suferit într'una de ochi.

Pronosticul acuității vizuale. Este întunecat.

Este destul de grav. După statistica lui Igershaimer 59, 2% rămâne cu acuitate de 0,20 (1|5 48% cu o *acuitate insuficientă.*

După dânsul recidivele sunt de temut cât ține Wassermann pozitiv ; 5 ani după keratită inter-tițială Wassermann e pozitiv ; mai târziu e rar pozitiv.

Din statistica d-nei Prof. Dr. Pușcariu, am constatat din 174 ochi, 57 cu acuitate vizuală insuficientă, adică 31, 8%. 12 cu acuitate redusă la 0. Din restul de 115, 15 au plecat cu acuitatea 1 și restul cu acuitatea între 1|10, 1|6, 2|3, 1|4 și 1|2.

TRATAMENTUL KERATITEI PARENCHIMATOASE

Tratamentul keratitei interstițiale face obiectul publicațiilor într'una reînoite și acordul oftalmologiștilor este departe de a fi rezolvit. Metodele și autorii sunt numeroși. Fiecare înregistrează succese susținând pe a lui ca mai bună.

Subiectul tezei noastre vrând mai mult să demonstreze raporturile patogenice ale keraritei interstițiale cu sifilisul hereditar, în tratamentul maladiei voiu insista mai mult asupra tratamentului general.

Terlinck (1907) a tratat 20 de cazuri cu lipoiodol.

Jacqueau se declară satisfăcut de întrebuinţarea siropului Gibert. Cobman propune întrebuinţarea zaharatului de sodiu (1909) pe lângă mercur. Brov zice că trebue administrat totdeauna mercur în perioada progresivă şi că în timpul perioadei regresive trebue încercat, de a limpezi opacităţile corneane. El recomandă şi tonicele (1909).

Stefenzon (1909) recomandă atoxilul în doza de 0,25—0,50 ctgr. în injecţiuni, asociat cu tratamentul specific în caz de sifilis.

Dimitriev, tratează ketarita interstiţială cu injecţiuni mercuriale sub conjunctivale. Intrebuinţează ceanura de mercur cu 13 succese din 18 cazuri. Din aceste 18 cazuri, 7 heredo-sifilitici ; 2 sifilis câştigat ; 1 tuberculoză şi 3 cu cauze nedeterminate.

Fromaget proclamă inutilitatea tratamentului mercurial în ketarita heredo-sifilitică, pe care el o socoteşte ca o afecţiune parasifilitică, evoluând singură spre vindecare. Mercurul este după dânsul inutil, pentru că el nu jugulează boala, nu diminuiază durata sa, nu împedică al doilea ochi de a fi prins în plin tratament şi n'are nici o acţiune preventivă. Publică observaţii la copii atinşi de keratită paremchimatoasă în timpul unui tratament mercurial energic, îndreptat contra altor leziuni heredo-sifilitice.

Din 87 de cazuri urmărite de el dela 1911 şi pe care le-a tratat fără mercur, prin arsenic, iod şi untură de peşte, rezultatele sunt tot atât de bune ori chiar mai bune decât tratamentul mercurial.

Galezovschi (1910) recomandă tratamentul mercurial şi iodurat în toate cazurile de keratită interstiţială.

Grandelement recomandă masajul practicat energic timp de un sfert de oră, de 10 ori pe zi, ajutându-se de precipitat galben şi vindecă în 70 de zile dacă nu prezintă dinţii lui Hutchinson şi în 80—100 zile în caz contrar.

Caz în keratita interstiţială incipientă susţine că a obţinut efecte bune instilând miotice. *Brunet* susţine că procedeele moderne demonstrând că sifilisul intervine activ în boală, tratamentul mercurial se impune şi e chestie de conştiinţă medicală de a-l prescrie.

El recomandă injecţiuni de benzoat de mercur de oarece astfel introdus mercurul este mai repede absorbit şi mai bine tolerat mai ales de copil. Cu cât tratamentul va fi mai precoce, mai bune vor fi rezultatele. Se va prescri mercurul în cazurile grave ca şi în cele uşoare, asociat cu tonice, acesta fiind singurul tratament raţional care reginerează terenul slăbit prin diateză şi prin aceasta luptă contra diatezei însuşi.

Totuşi încercările zilnice, par a confirma ineficacitatea tratamentului mercurial în keratită interstiţială. Câteva observaţii culese în clinica d-nei Prof. Dr. Puşcariu (vezi obs. 1, 2) precum şi întreaga colecţie de observaţii din anii 1916—1923 demonstrează până la evidenţă insuficienţa tratamentului mercurial celui mai activ şi metodic care nu numai că nu vindecă, dar nici nu jugulează sau previne afecţiunea.

Salvarsanul a fost încercat cu multă înfrigurare. Dar din nenorocire rezultatele au fost tot atât de dubioase ca şi tratamentul mercurial şi aci tot s'au împărţit în două tabere cu afirmaţii contrare.

Bohay şi *Gorbounow* obţine rezultate bune.

Uhthoff din 18 cazuri tratate cu salvarsan constată trei succese, 4 rezultate îndoelnice, 9 insuccese şi 2 agravaţiuni.

Wiecherkiewiez ajunge la concluziuni favorabile lui 606.

Ziegler constată uşoară ameliorare.

Zieler obţine deasemenea ameliorare.

Marphe constată diminuarea fotofobiei.

Naudegrifs obţine trei rezultate foarte favorabile.

Sveintz recomandă 606 şi iodur în interior.

Un număr aproape egal de autori găsesc rezultate nule sau foarte nesigure.

Gilbert în două cazuri nu obţine nici un rezultat.

Krauss urmăreşte trei fără rezultat.

Loblein constată prezenţa lui 606 în cornee şi prin aceasta demonstrează că-i dăunător, deoarece în corneea nevascularizată este o împedecare a schimburilor nutritive

Calm din patru cazuri de keratită heredo-sifilitică tratate cu instilaţii cu salvarsan (0,01) pentru 5 gr. de soluţie oleoasă a lui Flug, 2—3 ori pe zi. La 3, instilaţiile au rămas fără efect.

Aceasta corespunde părerei noui, care face din keratita parenchimatoasă nu o afecţiune spirochetică ci o afecţiune a reţelei anselor vasculare periferice.

Baschetz în 1913 expune rezultatele obţinute din din tratamentul local al keratitei interstiţiale. După dânsul sifilisul fiind în 90% din cazuri, tratamentul antisifilitic se impune. Totuşi, salvarsanul în forma heredo-sifilitică nu lucrează decât ca medicaţiune arsenicală, ameliorând starea generală.

Darier raportează 11 observaţii de injecţii subconjuctivale de neosalvarsan, rău suportate şi inutile.

Hochl tratează 7 cazuri cu neosalvarsan fără rezultat.

Liegard într'o comunicare făcută Societăţei franceze de oftalmoscopie susţine că dacă vrem să ajungem prin tratament la jugularea afecţiunei, diminuarea duratei şi împedicarea celui de al doilea ochiu de a se infecta tratamentul antisifilitic este indicat.

Un fapt asupra căruia atrage el atenţiunea şi pe care la observat net l'a toţi bolnavii lui, este că fotofobia dispare foarte repede sub influenţa salvarsanului.

S'au mai recomandat şi tratamentul iodurat. *Parenl* recomandă pudra alimentară a abatelui Lebire care are 20 la sută Varech.

Oubineau este un partizan convins al tratamentului mixt.

Valvis (de Moulins) şi Lemoine, au tratat 31 de cazuri cu neosalvarsan, după ce au tratat zadarnic cu mercur. Ei afirmă că a obţinut rezultate satisfăcătoare.

Ajung la următoarele concluziuni:

1. Ameliorarea în cazuri unde tratamentul mercurial n'a adus diminuarea progresivă a vederei.

2. Diminuarea simptomelor dureroase în stările recente.

3. Oprirea afecţiunei în evoluţia ei.

4. Acţiunea asupra infiltratelor corneei.

5. Rezultatele puţin satisfăcătoare în cazurile vechi prezintând opacităţi corniene. Starea generală se remontează repede.

Röhmer sfătueşte autoseroterapia.

Dr. Camil Fromaje încearcă 8 luni neosalvarsan la keratită congenitală. Citează cazuri demonstrative, că neosalvarsanul nu vindecă, nu jugulează, nu prezervă celalt ochiu de o atingere asemănătoare.

Durata afecţiunei nu este scurtată şi n'ar avea nici o acţiune asupra fenomenelor reacţionare care întovărăşesc keratita.

Arsenicul pare să lucreze într'atâta că are o influenţă fericită asupra stărei generale a bolnavilor şi pare din acest punct de vedere, preferabil mercurului.

Dă bune rezultate în keratita *interstiţială câştigală.*

De ce acelaş medicament, administrat în acelaş chip se conportă atât de deosebit pentru acelaş microb?

Hipoteza unui spirochet congenital, care trăeşte în condiţii biologice necunoscute, comportându-se

faţă de substanţa chimică în mod deosebit se poate admite.

In rezumat, din cele expuse şi din colecţia de observaţii a d-nei Prof. Dr. Elena Puşcariu, culese între anii 1916—1923, putem conclude că salvarsanul nu s'a arătat sensibil superior mercurului. Nu este medicament salutar şi făcător de minuni.

Nici asociaţia ambelor medicamente nu este mai fericită în rezultat.

Am dat tratamentului general o desvoltare mai largă, expunând diferitele încercări făcute de medici şi călăuziţi în alegerea medicamentelor de teoria ce o susţineau asupra patogeniei keratitei interstiţiale. Aşteptam dela acest tratament elucidarea problemei asupra patogeniei keratitei heredo-sifilitice. Rezultatele au fost după cum am văzut extrem de slabe sau chiar nule şi până acum a rămas un punct enigmatic în patogenia keratitei interstiţiale.

IRISUL

Irita este una din cele mai frecvente manifestar ale sifilisului. Dar pe când keratita interstiţială, este cea mai frecventă manifestare a sifilisului hereditar, irita este cea mai frecventă manifestare a sifilisului câştigat şi una din rarele manifestări primitive a sifilisului hereditar.

Din 1785 irite observate de Dr. Juan din Santos Fernades (Clinique ophtalmoscopic 1914) 978 sunt sifilitici şi numai 9 heredo-sifilitici.

Lui Hitchinson îi datorim cunoaşterea acestui fapt important.

La 1863 relatează 23 de cazuri de irite desvoltate pe heredo-sifilitici în prima copilărie dela 6 săptămâni până la 16 luni.

Fourier susţine şi el că irita este de multe ori o manifestare a sifilisului hereditar tardiv. El l'a ob-

servat desvoltându-se la indivizi de 3—6 -10—12—15—27 ani.

Dr. Abadie citează un caz la un copil de 15 ani, la care constată o írido-karatită, care a ajuns la ochiul stâng la obliteraţia complectă a pupilei. Mai prezenta o enormă desvoltare a ganglionilor sub maxilari şi preauriculari şi o serie de nodozităţi subcutanate, împrăştiate pe toată suprafaţa corpului.

Această triplă manifestare, dispare în urma tratamentului specific. Cercetând antecedentele află că părinţii erau bolnavi de sifilis.

Mulţi medici cu reputaţie au socotit aceste leziuni de origină scrofuloase.

Hutchinson citează cazul unei fetiţe de 10 ani, născută din părinţi sifilitici, având marca heredosifilitică. La 10 ani fu afectată aproape simultan de o triplă leziune: o ulceraţie care distruge nasul, una fagedenică a gâtului, care distruge lueta, apoi valul palatului în întregime şi o kerato-irită dublă. Fournier citează şi el un caz analog.

Din 92 de cazuri de irită observate de d-na Prof. Puşcariu, 85 sunt sifilitice, din acestea 85, 3 cazuri sunt manifestări ale sifilisului hereditar. Câteva cazuri din clientela particulară au fost observate la copii în prima copilărie.

Irita heredo-sifilitică începe insiduos, atât din punct de vedere a duretilor, cât şi vascularizaţiei care este puţin accentuată.

Simptomele sunt aceleaşi ca şi la iritele sifilitice câştigate.

1. Injecţiune în general moderată uşoară. Procesul inflamatoriu mult redus.

2. Indolenţa relativă în multe cazuri puţină lacrămare, fotofobie. In rezumat debut insiduos, proces indolent aflegmazic şi torpid.

3. Frecvenţa obstrucţiei pupilare, prin abondenţa exudative plastice contrastand cu procesul inflama-

toriu redus ; are un exudat plastic care se constitue la nivelul circonferinței interne a irisului, debordează campul pupilar și ajunge în unele cazuri să-l obstrueze complect. Forma gomoasă a fost observată și studiată de dr. Trouseau, consistă în producerea de mici noduli gălbii, ceruite de un lizeriu brun, granulos sau hemisferic și avându-și sediul în cele mai adesea în vecinătatea sau pe marginea orificiului irian.

El susține că irita acută la heredo-sifilitici este foarte rară.

Irita cronică cea mai comună.

Irita gomoasă rară.

Pe cât de rară este irita primitivă heredo-sifilitică cea secundară unei keratite interstițiale este mai frecventă.

Din 72 de cazuri din Clinica d-nei Profesor dr. Elena Pușcariu, avem 13 cazuri cu complicații de irite și irido-ciclite.

CHORIO-RETINITA

Chorio-retinita sifilitică este afecțiunea caracteristică a sifilisului localizat la fundul ochiului și este manifestarea tipică a sifilisului hereditar asupra choroidei. Hutchinson în 1863 citează 12 cazuri. Dr. Trouseau pretinde că ar fi una din manifestările sifilitice tardive cele mai frecvente. Ele sunt după dânsul în majoritatea cazurilor mascate de leziunile corneane sau iriene anterioare. Majoritatea autorilor nu confirmă acest fapt.

Bull sfătuește un examen atențiv al ochilor copiilor născuți din părinți sifilitici sau presupuși ca atare.

Pentru dânsul boala intrauterina a membranelor profunde ale ochilor este mai frecventă decât se crede de obiceiu. El nu admite ca cazurile de sifilis ocular congenital sunt benigne.

El crede că adeseaori leziunile membranelor profunde cum le zice el, sunt congenitale : choroidite, cataract patologic, exudații în corpul vitros, mai rar retinite.

Din 19 cazuri de chorio-retinite-sifilitice observate de d-na profesor dr. Elena Puşcariu, 4 sunt de origină heredo-sifilitică. Un caz interesant de chorio-retinită difuză este citat în observația No. 4.

RETINITE

Şi retina este afectată în heredo-sifilis. Câteva cazuri interesante au fost observate de d-na profesor dr. Puşcariu.

Un caz al unei copile de 13 ani cu uveită cronică a ochiului stâng (vezi observația No. IX).

Un alt caz, deslipirea retinei ochiului drept cu cataractă patologică a ochiulni stâng. (Vezi observația No. X).

NERVUL OPTIC

Infecțiunea sifîlitică se localizează asupra nervului optic în perioada terțiară la sifilisul câştigat.

Profesorul Citron din Berlin, susține că foarte adesea se îmbolnăveşte nervul optic la heredo-sifilitici.

La sugaci nevrita optică este bilaterală (Hirschberg).

Beck şi Maler caută 126 de copii heredo-sifilitici între 8 zile şi un an şi jumătate.

La 62 găseşte o nevrită optică netă. Cele mai adesea ori această afecțiune apare în primele trei luni ale vieței, pierzând din frecvență cu vârsta. La copiii mai înaintați în vârstă afecțiunea se vindecă mai repede şi cele mai adesea este benignă.

Constatarea unei papilite este de mare importanță.

Atrofia optică heredo-sifilitică survine între vârsta

de 7 şi 14 ani, copilul prezentând la un an după naştere, manifestaţiuni cutanate sifilitice sau hidrocefalie. Astfel această atrofie, ca şi în sifilisul căpătat, se manifestă tardiv. A fost considerat multă vreme ca accident parasifilitic. Ca şi în sifilisul câştigat care apare între 8 şi 12 după şancru, evoluţia este progresivă şi fatală adesea. Pe cât de bine vindecă tratamentul mixt nevrita optică pe atât de greu vindecă atrofia optică. In clinica d-nei profesor dr. Elena Puşcariu, s'au prezentat două cazuri cu atrofia post nevritică a ochiului şi un caz cu stază papilară.

ALTE MANIFESTARI OCULARE HEREDO-SIFILITICE

Igersheimer găseşte la sifilis congenital *nystagmus* fără ca să găsească ceva oftalmoscopic.

El mai notează că din 23 de copii care suferea de *îmbolnăvirea căilor lacrimale*, 16 aveau simptome de sifilis congenital.

Aceste afecţiuni pornesc dela porţiunea nasală sau a peretului osos a sacului lacrimal.

Profesorul Citron, a observat o fetiţă de 9 ani, heredo-sifilitică cu reacţiunea Wasserman slab positivă, atinsă de *paralizia motorului ocular extern* stâng şi care s'a vindecat prin tratamentul antisifilitic

Afecţiunile pleoapelor sunt rare totuşi Citron din Berlin şi Igersheimer au observat tarsite, blefarite şi absenţa cililor şi pleoapelor.

In clinica d-nei prof. dr. Elena Puşcariu, n'am găsit nici un caz.

OBSERVAŢIA I

Keratita inteerstiţială. G. C. de 21 de ani. Are un frate cu albeaţă pe ambii ochi din prima copilărie. Bolnavul spune că suferă de lăcrămare de mic. La 16 ani suferă un traumatism la gamba dreaptă. Plaga care s'a produs nu s'a vindecat de cât după 1 an şi 8 luni, în care timp a observat o îngroşare a tibiei drepte.

Acum 1 an a avut dureri articulare şi în oase, ce au trecut după ce au luat iod. De două luni i-a apărut o gomă pe antebraţul stâng. Făcându-şi Wassermann a eşit pozitiv. A urmat tratamentul mercurial şi arsenical. Două săptămâni după aceia, în timpul tratamentului a început să-i lăcrămeze ochiul drept avea dureri, apoi s'a injectat şi vederea i-a scăzut mult. Dela început avea şi fotofobie din care cauză ţinea ochiul închis.

Starea prezentă. V. O. D. degetul 1 1½ m. Ochiul S. normal.

O. D. lăcrămare şi fotofobie intensă. Conjunctiva palpebrală foarte injectată ; deasemenea conjunctiva bulbară injectată formând un inel vascular pericornean. Limbul sclero-cornian îngroşat, mai mult în treimea superioară şi vascularizând corneea înceţată în întregime. Pupila deabea se observă şi pare a fi puţin deformată. Eşit O. D. $1^{1}/_{3}$.

OBSERVAŢIA II

Keratită interstiţială. Timofte Vasile de 7 ani. Bolnav de 1 lună. Mama observă că ochiul drept

s'a acoperit de albeaţă avea roşeaţă, lăcrămare şi fotofobie, vederea i-a scăzut mult.

Intră în serviciu: V. O. D. 2|3 V. O. S. deget ½ m.

O. D. normal. O. S. conjunctiva palpebrală uşor injectată, deasemenea şi cea bulbară. Corneea în sfertul infero-extern este inceţat, vascularizaţia este numai la 1 imb. Lăcrămare şi fotofobie puţină. *Starea generală.* Dinţii mici, rari crestaţi complect surd la urechea dreaptă. Seroreacţia Wasserman intens pozitivă. I se administrează injecţii intravenoase cu ceanură de mercur pe ziua de 7|1 1922. La 21 Ianuarie 1922, după 8 injecţii îi apare la ochiul drept o uşoară injecţie pericheratică şi inceţarea corneei în treimea superioară.

Aceste două cazuri sunt demonstrative că tratamentul mercurial nu jugulează boala şi nici nu previne.

OBSERVAŢIA III

D. Keratită interstiţială. Stoica Ruxand de 7 ani ani intră în serviciu la 20 Aprilie 1922. *Antecedente hereditare şi personale*: părinţii trăesc şi sunt sănătoşi. Ei neagă sifilisul. Mama a avut o perzanie.

Bolnava are 5 fraţi morţi între 1-2 ani. Boala actuală datează de trei săptămâni. A început la O. D. care s'a înroşit, lăcrămare şi fotofobie intensă. După o săptămână i s'a pus ceaţă pe acest ochiu, încât şi-a perdut vederea. Acum o săptămână i-a apărut aceliaşi fenomene şi la O. S.

Starea actuală V. O. D.=O V.O.S.deg.=o.10. ctm.

O. D. lăcrămare şi fotofobie intensă; uşoară injecţie a conjonctivei palpebrale; deasemenea şi conjonctiva bulbară formează un cerc vascular pericheratic. Corneea este înceţată pe toată suprafaţa în cât pupila deabea se observă.

Starea generală: dinţii crestaţi. *Tratament* injecţii

cianură de mercur. Eşit la 18 Maiu 1922 cu vederea O. D. 1|10 V. O. S. deg.—5 m.

OBSERVAŢIA IV

Keratită interstiţială. Popovici Ştefania de 7 ani, intră în serviciu la 10 Aprilie 1922.

Ant. hereditar şi pers. Ambii părinţi au avut sifilis pe care nu l-au tratat. Mama au avut 2 perzanii. A avut un singur frate care a murit la câte-va zile după naştere.

Istoricul boalei. Acum şaşe săptămâni a început să aibă înţepături la ambii ochii care s'au înroşit aveau lăcrămare şi fotofobie. După 2 săptămâni a început să i se pună ceaţă pe ochii şi treptat să-i scadă vederea.

Starea prezentă. V.O.D. deg=o.10 ctm. V.O.S.=O. O. D. conjuctiva palpebrală intens injectată. In jurul corneei conjunctiva bulbară formează un cerc vascular accentuat; corneea este înceţată pe toată suprafaţa şi de jur împrejurul limbului puţin vascularizată. Pupila deabea se zăreşte ca prin o ceaţă groasă lăcrămare şi fotofoie intensă. O. S corneea deasemenea înceţată şi vascularizată la periferie, însă la mijloc în dreptul pupilei se află o înceţare mai accentuată ca un mic leucom în cât face ca pupilă să nu se vadă de loc. Lăcrămare şi fotofobie intensă.

Starea generală. Dinţii crestaţi, oasele nasului infundate.

Tratament. Injecţii de iodură de mercur. Eşit 10|V 1922. V. O. D. deg. 1 m. V. O. S. deg. 1|2.

OBSERVAŢIA V

Keratita interstiţială. Tinca Geangu de 17 ani intrată în serviciu la 25 Septembrie 1922. *Antecedente hereditare şi pers.* fără importanţă.

Istoricul boalei. Acum o lună şi jumătate i se înroşeşte ochiul stâng, vederea scade până ajunge să vadă ca prin o pânză.

I s'au pus picături şi comprese calde dar nu a simţit nici-o ameliorare. *Starea prezentă.* V. O. D. 1|2. V. O. S.=deg. 1 m. O. S fotofobie puţină. Conjunctiva palpebrală injectată, deasemenea şi cea bulbară, iar sclerotica se vede violacee. Limbul sclero-corneean îngroşat. Corneea infiltrată, inceţată mai ales în jumătatea inferioară. Camera anterioară normală. Pupila mică regulată. Starea generală nimic deosebit. Seroreacţiunea Wassermann a sângelui pozitivă. A lichidului cefalo-rachidian negativ.

Incepe tratamentul cu ceanură de mercur. La 18|XII sclera în partea internă şi inferioară e îngroşată, cu mici noduli gălbii unul în partea inferioară altul în partea internă. Conjunctiva corespunzătoare e roşie şi îngroşată Ese din serviciu la 4|XII 1922. V. O. S.=deg. 0.60 ctm.

OBSERVAŢIA VI

Keratită interstiţială. Eugenia Constantin Teodoru. Intrat la 1 Decembrie 1922, în vărstă de 13 ani. *Ant. hered. pers.* fiind orfană nu ne poate da nici o informaţie. *Istorisul boalei.* Boala acuală datează 4 săptâmăni, a început mai întâi să i se înjecteze ochiul drept, lăcrămarea o avea dinainte. Fotofobie apoi ochiul a început să i se înceteze şi vederea a scăzut mereu, sufere din timp în timp de cefalalgie *Starea prezentă.* V.O.D. deg. 0.80 ctm, V.O.S. 2|3. Uşoară blefarită la O.S. Puţină fotofobie şi lăcrămare. Injecţia conjunctivei bulbare cu cercul vascular pericheratic. Corneea nimic deosebit. O.D. lăcrămarea şi fotofobie. Injecţia conj. bulbarea formând un cerc vascular pericheratic. Corneea încetată

turbure, depolită este infiltrată mai ales în jumătatea inferioară, în centru opacificare mai intensă Starea generală. Dinţii normali, nimic de notat la tegumente, schelet. Sero-reacţiunea Wassermann intens pozitivă. *Tratament.* Atropină, Dionină, comprese ferbinţi înjecţii ceanură de mercur.

19|XII O. D înjecţia conj. bulhare, lăcrămare şi fotofobie mai intensă ; pupila contractată ; coineea încetată jos şi în centru. Atropină precedat de cocaină şi adrenalină se obţine dilatarea la maximum al pupilei. 28|XII Corneea ochiului drept ceva mai clară, infiltraţia centrală mai mică. O.S. înjecţie intensă pericheratică. Corneea uşor încetată. Pupila se dilată la maximum. Eşit la cerere la 4 Ianuarie 1923. V.O.D.—O. V.O.S. deg. 1. m.

OBSERVAŢIA VII.

Choroidită diseminată. Garofina Motriş de 20 de ani intra în serviciu la 25 Decembrie 1922. *Ant. Hered. şi Pers.* Părinţii trăesc tata sufere de reumatism. Mama a avut 10 copii din care 3 au murit în prima copilărie. O soră de 13 ani a stat într'un spital de ochiu având dureri de cap, ochii înjectaţi lăcrămeau, fotofobie şi vederea scăzută. La 7 ani bolnavă spune că a suferit şi ea de ochi 4 săptămâni prezintând aceleiaşi simptome ca şi sora ei.

Boala actuală. Dantează de la sft. Dumitra a început să aibă dureri de cap şi a observat că treptat îi tot scade vederea mai întâi la ochiul stâng. De vre'o 4 săptămâni îi scade vederea şi la ochiul drept. Se plânge de dureri în regiunea frontală. *Starea prezentă.* V.O.D. deg. 2 1|4. V.O.S. = 2 m. Examenul oftalmoscopic. O.S. pupila roşie, cu marginile şterse. Vasele nimic de notat. Tot fundul ochiului acoperit eu pete, de diferite mărimi, palide galbii, neregulate, confluente cele mai adesea ori,

altele izolate în centru cu pigmentaţie fină, în unile locuri se văd gremezi mari de pigment ; în regiunea maculară de asemenea se vâd aceste leziuni. O,D. papilele prezintă acelaşi aspect. Leziunile chorioretiniene se văd ceva mai departe de papilă şi mai ales în partea internă ; grămezi mari de pigment nu se văd şi numai pigmentaţia fină in centru petelor palide. *Starea generală.* Clavicula stg. în treimea internă îngroşată. Gravidă. Seroreacţia Wassermann în sange negativ *In lichidul cefalo-rachidian slab pozitiv. Limphocitoza nu este.*

Tratament. Injecţii cu ceanură de mercur. Eşit la 24 Ianuarie 1923 V.O.D. 1|5 = V.O.S. = 1|6.

OBSERVAŢIA VIII.

Choroidită, irită şi keratită interstiţială sifilitică a O.'= S.

Schiller Romulus 32 de ani a intrat în serviciu la 25 Ianuarie 1923. *Ant. Hered. şi pers.* Părinţii nu prezintă nimlc important, neagă sifilisul şi alcolismul E tabagic. E însurat de 2 ani, soţia sănătoasă nu are nici un copil.

La 27 Octombrie 1922 întră în sericiu pentru că vederea era slăbită la O.S. N'a avut dureri de cap Lobul stăng era dureros la presiune. Nu avea nici un semn la exterior. La examenul oftalmoscopic la ochiul drept papila era uşor înjectată, pe choroidă nu prezenta nimic, Wasserman intens pozitiv. Bauer Hecht de asemenea Lichidul cefalo-rachidian negativ A urmat tratamentul cu ceanură de mercur şi cu neosalvarsan. Ese din Serviciu în urma cererei ca să-şi urmeze tratamentul la domiciliu pe ziua de 7|II 1922.

Istoricul boalei. După ce a părăsit serviciul a urmat tramentul acasă imediat, reîncepând cu neosalvarsan. Făcând 6 înjecţii şi 12 cu ceanură. La

primile zile a lui Ianuarie O. S. a început a fi injectat, pleoapa superioară uşor tumefiată, dureri ale globului şi periorbitari, vederea însă nu a scăzut. V. *Starea prezentă*. V.O.D. = 1, V.O.S. = deg. 1 m. O.D. nimic de notat. O.S. înjecţie pericheratică, corneea apare uşor înceţată în jumătatea inferioară şi pupila cam ovală traversală, mijlociu dilatată. cu Hatnack se vede pupila neregulată, cu franjuri pigmentare, depozite descemitice numeroase în partea inferioară, corneea depolită, are înfiltraţiuni fine, şi infiltraţiuni mai mari ca picături de ceară. Trei mai mari şi trei mai mici. şi altele foarte fine După atropină pupila se dilată în formă de 8 orizontal.

Tratament. Injecţi cu ceanură de mercur. Eşit 3|2 1923 deg. 2 m.

OBSERVAŢIA IX

Uveită cronică O. St. Gomă a chorodei.

Onica Aftanasie 13 ani intrat în servici la 3 Maiu 1922. *Ant. Hered. pers.* Părinţii sănătoşi. Cinci fraţi sănătoşi. Mama n'a avut nici o perzanie. Bolnavul n'a suferit de nici o boală.

Istoricul bcalei V. O. D. 2|3, V. O. S. O. Are dureri de cap şi mai ales periorbitare. O. S. injecţia conj. palpebrale şi bulbare ; limbul sclero-cornean îngroşat. Pupila mai mare şi deformată ocupată de un exudat foarte subţire. Corneea uşor înceţată şi irisul decolorat. Bolnavul acuză dureri peri-orbitare. Cristalinul e transparent. Globul dureros la presiune. Depozite scemetice nu are. Examenul oftalmoscopic nu se poate face lumina căzând îndărătul cristalinului pe o masă complect opacă. Sero-reacţia Wassermann negativă. *Lichidul cefalo-rachidian pozitiv.* Sach Georgi pozitiv. *Examenul humoarei apoase.* Lichid opalescent a coagulat spontan. In lichid ele-

mente 25 pe mil. cub. In sediment numai limphocite şi mononucleari, foarte rare poli nucleari.

Tratament. Atropină, comprese ferbinţi şi injeţie ceanură de mercur. La 20|IV injecţie neosalvarsan. 27|1 injecţia pericheratică a cedat, deasemenea şi durerile de cap şi periorbitare. La luminatul lateral în partea infero-internă îndărătul cristalinului se observă o masă cu marginea supero-internă destul de precisă, convexă, de culoare gălbue în afară, roşie înăuntru, fără a se putea vedea vase precise. Eşit 2 Iunie 1922 V. O. D. 2|3. V. O. S. 2|3.

OBSERVAŢIA X

Retinita proliferantă O. D. cu cataractă patologică O. S.

Lache Profira de 19 ani. Intră în servici la 16 Ianuarie 1919. *Ant. Hered. şi pers.* Mama a avut un avort. In copilărie a suferit de exemă.

Istoricul boalei. Acum 2 ani a început o oarecare micşorare a vederei la ambii ochi, după trei săptămâni ochiul drept s'a limpezit, cel stâng a început să meargă din ce în ce mai rău până ce a pierdut vederea cu totul. *Starea prezentă.* V. O. D. numără degetele dela 1 m. 50, A. O S.—O. O. D. normal. O. S. : pupila neregulată. Depozite mici de pigment pe cristaloida anterioară, cristalinul complect opacificat. Reflexele pupilare O. D. f. slab. O. S. nul. *Examenul oftalmoscopic.* O. D. opacităţi în vitros. Cu oglindă la distanţă obişnuită nu se vede nici un detaliu, pentru a vedea trebue îndepărtată tare oglinda, sau cu marginea directă şi cu plus 4. In ambele cazuri papila deabia se vede ca o pată roză, mai clară cu margini difuze şi un fel de trunchiuri vasculare ca printr'un val. Tot restul retinei e acoperit cu plăci mari albe foarte neregulate cu prelungiri mari care se întind dela o placă la alta ca

nişte cute, între ele se vede retina palidă cu fragmente de şase şi cu mici plăci hemoragice. Pe retină pare că sunt întinse bucăţi de ţesut alb, mototolit, care proemină ; pe aceste plăci nu se vede nici un vas. *Starea generală.* Cicatrici pigmentare pe gambe.

Tratament. mercurial. eşită staţionară.

OBSERVAŢIA XI

Atrofia nervului optic drept, cataractă patologică O. S.

Iacobson Haim de 7 ani intrat la 26 Septembrie 1919.

Ant. Hered. pers. Mama a avut un avort la 3 luni copilul a fost totdeauna sănătos. *Istoricul boalei.* De 15 luni mama a observat că copilul nu vede cu ochiul stâng şi e ca o oglindă ; în această stare a fost până acum 1½ când a început să se facă ochiul stâng mai mare, să doarmă mult şi a slăbit foarte tare. *Starea prezentă.* V. O. D. vede deg. la 1 m. V. O. S.=O.O.S. globul exolftalmic 6—7 mil. Ambele pleoape roşii Fanta palpelară mărită în sensul vertical, aşa în cât se vede din scleră 8 mil. deasupra corneei lărgită mai puţin în sensul orizontal. Corneea scoborâtă în jos aşa în cât marginea superioară de la nivelul centrului pupilei ochiului drept. Sclecra e subţiată albăstrui pe o întindere 5—6 mil. în jurul corneei. Ciliarele anterioare injectate. Corneea clară ; camera anterioară redusă. Pupila dilatată 8 mil. irisul turbure. Cristalinul opacifiat cenuşiu cu părţi mai gălbii. Reflexele pupilare nule. Examenul oftalmoscopic. Pupila cu marginele şterse mai ales în partea inferioară. In partea temporală o mică linie pigmentată de culoare roză gălbie. Mişcarea în sus nulă. Mişcatea orizontală există dar închisă în jos. *Tratament.* Injecţii de biodură de mercur.

Eşit 17 Octombrie 1919 staţionar.

CONCLUZIUNI

1. Sifilisul ocular este cea mai frecventă manifestare a sifilisului congenitai precoce şi tardiv. Din totalul manifestărilor heredo sifilitice 41,50% sunt manifestări oculare. (Tournier).

2. Cheratita interstiţială este cea mai frecventă şi adeseori unica manifestare a sifilisului ereditar la ochi.

3. Cheratită interstiţială este 90% o manifestare heredo sifilitică şi e de natură pur sifilitică.

4. Leziunea pare să fie rezultatul unei peri şi endo-vasculite sifilitice.

5. Tratamentul arsenical şi mercurial nu vindecă nu jugulează şi nici nu previne boala.

6. In celelalte manifestări oculare la copii şi adolescenţi altele decât Keratita interstiţială ; cum sunt coroiditele, adesea-ori nu se poate stabili origina sifilitică decât prin reacţia Bordet-Wasserman a lichidului cefalo-rachidian, deci necesitatea în aceste cazuri de a se face puncţia lombară pentru precizarea diagnosticului.

Văzut şi bună de imprimat

(ss) *Preşedintele tezei* — *Decanul facultăţii de medicină*

Prof. Dr. I. MANOLESCU — **Prof. Dr. M. MINOVICI**

BIBLIOGRAFIE

1. A. Fournier, La sifilis herditaire tardive 1886.
2. Legrange et Valude, Traite D'optamologie 1910.
3. Louis Dor, Tratament de la syfilis oculair 1914.
4. Von Friederich Kraus und Teodor Brugsch, Pathologie und Thepapiec der innerern Krankheiten 1919 Berlin.
5. Archivs d'ophtamologie 1900—1913.
6. Klinsche Monats blatter fur augenheilkunde 1914 Octb.—Decb.
7. La Clinique Ophatamologique 1914.
8. X. Galezovski Triate des Maladie des yeux 1888.
9. V. Morax. Precis d'ophtalmologie 1021.
10. Gouscher La syfilis oculaire 1913.
11. Rouemer